

“ Ensemble pour le développement de la **chirurgie ambulatoire** ”



La chirurgie ambulatoire en 12 questions

Avril 2012

1. Qu'est-ce que la chirurgie ambulatoire ?

En France, elle est définie comme une chirurgie programmée et réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la **sortie du patient le jour même de son intervention**.

Au niveau international, les terminologies synonymes *day surgery*, *ambulatory surgery*, *same-day surgery* et *day-only* ont été retenues par l'*International Association Ambulatory Surgery* (IAAS), et correspondent à des séjours sans hébergement de nuit. Néanmoins, il convient de rester prudent dans l'interprétation des données car, dans la littérature, les périmètres d'activité et les modes de fonctionnement peuvent être variables.

2. Quel est le taux de chirurgie ambulatoire en France ?

En France, le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à celui de nombreux pays européens. L'enquête internationale, menée par l'IAAS en 2009, a montré que, sur trente-sept gestes sélectionnés, le taux de chirurgie ambulatoire atteignait **45 %** en France alors qu'il était de plus de 65 % dans les pays de l'Europe du Nord. Pour l'ensemble de la chirurgie, ce taux était seulement de **36 %** en France, alors qu'il dépassait les 50 % en Europe du Nord.

3. Quelle est la différence entre un acte chirurgical en ambulatoire et en hospitalisation classique ?

Aucune. L'acte chirurgical est identique à celui réalisé en chirurgie classique avec hospitalisation complète. Il n'existe pas non plus de spécificité pour l'anesthésie.

Ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais le patient. L'analyse du triptyque patient-acte-structure détermine la décision du mode de prise en charge.

4. Quelles structures peuvent pratiquer la chirurgie ambulatoire ?

En France, la chirurgie ambulatoire est une activité soumise à l'autorisation de l'Agence régionale de santé. Les destinataires de cette autorisation peuvent être un établissement de santé, un ou plusieurs médecins ou une personne morale.

Différentes décisions juridictionnelles ont considéré que le fait d'être autorisé à exercer, pour une structure, une activité de soins en ambulatoire lui conférerait la qualification d'un établissement de santé, imposant de fait des obligations et contraintes en termes de sécurité et de qualité des soins.

5. Quelles sont les spécificités organisationnelles et fonctionnelles de la chirurgie ambulatoire ?

Quatre modèles d'organisation ambulatoire sont décrits, et le choix organisationnel détermine l'architecture.

- **Les structures intégrées** ont un accueil et un séjour ambulatoire dédiés, mais localisés dans une unité d'hospitalisation classique avec partage d'un bloc opératoire commun.
- **Les structures de fonctionnement autonome** disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés, avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel.
- **Les structures satellites** comprennent l'ensemble des moyens matériels et humains (accueil, séjour, bloc opératoire et personnel) nécessaires à l'ambulatoire et réunis au sein d'une structure dédiée, mais dans l'enceinte de l'établissement de santé.
- **Les structures indépendantes** (*free standing centers*) comprennent l'ensemble des moyens matériels et humains (accueil, séjour, bloc opératoire et personnel) nécessaires à l'ambulatoire et réunis au sein d'une structure entièrement dédiée à cette activité.

La réglementation française n'impose pas un modèle organisationnel particulier. Il est néanmoins précisé que les structures de chirurgie ambulatoire doivent être aisément identifiables par leurs usagers, faire l'objet d'une organisation spécifique et disposer en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel, soit :

- la présence minimale, pendant les heures d'ouverture, d'un médecin qualifié et d'un infirmier pour cinq patients présents ;
- la présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur et de deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire ;
- un médecin coordinateur doit veiller au bon fonctionnement médical de l'établissement, et notamment à l'adéquation et à la permanence des prestations fournies aux besoins des patients, ainsi qu'à la bonne transmission des dossiers médicaux nécessaires à la continuité des soins.

Un projet de décret visant à faire évoluer les conditions de fonctionnement des structures de chirurgie ambulatoire est en cours.

Un addendum sera apporté dès la publication de ce décret, le cas échéant.

6. Quelles sont les étapes de la prise en charge du patient en ambulatoire ?

Toutes les étapes de la prise en charge doivent être organisées afin de permettre la sortie du patient le jour même de son intervention dans des conditions de sécurité optimale.

Les quatre phases principales de la prise en charge sont :

- **l'évaluation préopératoire**, au cours de laquelle la décision de réaliser la chirurgie en ambulatoire est prise sur la base du triptyque patient-acte-structure. Il s'agit d'évaluer le rapport bénéfice/risque, d'anticiper les effets secondaires prévisibles et de préparer la sortie du patient ;

- **la phase opératoire** en elle-même ne présente pas de spécificité ;
- **la phase d'autorisation** de sortie repose sur une évaluation médicale à l'issue de laquelle un bulletin de sortie est remis par un des médecins de la structure. Celui-ci précise les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire, les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins, et le numéro d'urgence à joindre ;
- **le suivi du patient** est assuré par un appel téléphonique le lendemain de l'intervention.

La coordination renforcée des différents acteurs permet le bon déroulement de ces étapes et d'optimiser le flux des patients au sein de la structure.

7. Comment est assurée la continuité des soins ?

L'unité de chirurgie ambulatoire a la responsabilité d'organiser la continuité de soins. Dans le cas où elle n'est pas en mesure de l'assurer elle-même, elle est réglementairement tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé disposant d'un accueil permanent et de moyens de réanimation.

La coordination avec la médecine de ville, en amont comme en aval de l'intervention, peut également contribuer à la continuité des soins.

La procédure de l'appel du lendemain permet de réitérer les consignes postopératoires, de s'assurer de leur suivi et de vérifier le bon déroulement de la phase postopératoire. Dans tous les cas, l'organisation doit garantir l'accessibilité immédiate au dossier médical.

8. Quelle information est délivrée au patient ?

Le patient est l'acteur majeur de sa prise en charge ambulatoire. Aussi, une information claire, précoce et réitérée, à chaque étape de sa prise en charge, est indispensable.

L'information à délivrer concerne les mesures à prendre en préopératoire (notamment le jeûne, la gestion des traitements et les exigences liées aux différentes techniques d'anesthésie) **et en postopératoire** (conditions de sortie, nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au lieu de résidence, consignes liées aux suites éventuelles de la prise en charge, méthodes d'analgésie postopératoires, modes de recours en cas d'événements non prévus).

Les modalités de sortie doivent également être expliquées aux accompagnants.

9. Quels sont les bénéfices pour les patients ?

Les bénéfices de la chirurgie ambulatoire pour les patients sont classiquement admis, particulièrement pour la population pédiatrique et les personnes âgées. L'analyse des données disponibles ne remet pas en cause ce bénéfice, à la fois clinique et en termes de satisfaction du patient.

- Le gain, en termes de diminution des infections associées aux soins, paraît réel puisque l'exposition à ce risque augmente avec la durée de l'hospitalisation. Une sortie précoce du patient réduit donc la probabilité d'être exposé. De plus, l'utilisation de techniques mini-invasives, favorisée par la prise en charge en ambulatoire, diminue le risque d'infections du site opératoire.
- Les enquêtes rapportent des taux très élevés de satisfaction des patients lors de la prise en charge d'une intervention en ambulatoire, et révèlent qu'une place très importante doit être accordée à l'information, à la communication et aux relations avec le personnel soignant.

10. Quels sont les risques postopératoires pour les patients ?

Comme toute intervention chirurgicale, il existe des risques peropératoires et postopératoires.

Néanmoins, peu d'événements graves associés à la réalisation d'une procédure en ambulatoire ont été rapportés, ce qui rend difficile l'établissement d'un lien direct entre la procédure ou l'organisation ambulatoire et ces événements.

La survenue d'effets indésirables mineurs n'est pas spécifique de la chirurgie ambulatoire, et les incidences retrouvées dans la littérature varient en fonction des caractéristiques de la population, du type de chirurgie et des techniques anesthésiques.

L'anticipation d'éventuelles complications et l'évaluation en postopératoire immédiat permettent d'assurer une sécurité maximale ainsi que d'améliorer la prise en charge dans les meilleures conditions.

11. La chirurgie ambulatoire est-elle moins coûteuse que la chirurgie classique ?

L'intérêt économique de la chirurgie ambulatoire est un postulat souvent évoqué pour justifier son développement. Les études internationales montraient que la prise en charge ambulatoire mobilisait moins de ressources que la chirurgie classique en termes de coûts hospitaliers directs. De plus, en France, l'assurance maladie avait montré, sur cinq actes, que les coûts directs restaient moins élevés, même en intégrant les phases amont et aval de l'hospitalisation.

Toutefois, que ce soit en France ou à l'étranger, les coûts indirects (arrêt de travail, aidants, transports, etc.) n'ont été que très rarement évalués, et les coûts tous financeurs (participation financière des patients ou des organismes de protection sociale complémentaire) ne sont pas renseignés dans les études.

12. Quelles mesures incitatives actuelles existent pour développer la chirurgie ambulatoire en France ?

Trois dispositifs sont actuellement en application en France :

- **l'intégration de la chirurgie ambulatoire dans les dispositifs de planification de l'offre hospitalière** : depuis 2004, la plupart des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ont fixé un objectif de progression du taux de chirurgie ambulatoire, déclinés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- **la mise sous accord préalable par l'assurance maladie de dix-sept gestes chirurgicaux marqueurs** : lorsqu'un établissement souhaite réaliser un acte de la liste en hospitalisation classique, il doit demander l'autorisation à la caisse d'Assurance maladie ;
- **des incitations tarifaires** :
 - l'instauration d'un tarif identique pour un ensemble de « couples » de GHM (ambulatoire-classique),
 - diminution du différentiel de tarifs pour certains « couples » de GHM entre la chirurgie ambulatoire et traditionnelle, suppression de la borne basse pour d'autres et revalorisation de certains tarifs à hauteur des coûts ajustés.